

Gabriella Soares dos Santos

**Reabilitação estético-funcional em paciente portador
de Cárie Severa da Primeira Infância: Relato de Caso**

Brasília
2016

Gabriella Soares dos Santos

**Reabilitação estético-funcional em paciente portador
de Cárie Severa da Primeira Infância: Relato de Caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Odontologia da Faculdade de
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para a conclusão do curso
de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Soraya Coelho Leal

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Junia Ferrari

Brasília
2016

Aos meus pais e ao meu filho, a base de tudo.

AGRADECIMENTOS

Agradecer primeiramente a Deus, o centro de tudo na minha vida, por renovar a cada momento a minha força e pelo discernimento concedido ao longo dessa jornada.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Por muitas vezes renunciarem de seus sonhos em favor dos meus. A vocês, o meu profundo e eterno agradecimento.

Ao meu querido e amado filho, João Victor, que mesmo tão pequeno soube compreender a minha ausência ao longo dessa jornada, sempre me dando forças para seguir em frente, sendo o meu maior motivador.

À vovó Graça, avó paterna do meu filho, por todo cuidado e carinho com ele durante a minha ausência.

À minha querida Profa. Dra Junia Ferrari, pela sua orientação ao longo da construção deste trabalho, pela sua disponibilidade, pelos ensinamentos e pelos incentivos. Você é um exemplo de pessoa e de profissional, na qual me espelho. Foi um grande privilégio te conhecer e ser a sua orientada. Obrigada por se dedicar ao seu trabalho com tanto entusiasmo e verdade. A você, toda a minha gratidão e carinho.

À Profa. Dra Soraya Leal, pelos ensinamentos, pela paciência, amor ao ensino e pelo seu respeito e dedicação para que nos tornemos bons profissionais.

À Brendda Juliana, minha parceira de clínica, por todo auxílio na execução dos procedimentos durante a realização dos atendimentos.

Ao meu pequenino paciente, por todo conhecimento adquirido, não só odontológico, mas de vida, tenha a certeza de que a sua imagem está afixada em minha lembrança. E aos pais por toda confiança.

Aos meus amigos que a Odontologia me presenteou, que fizeram essa jornada mais gostosa e agradável, Paela Monisa, Ana Flávia Lacerda, Tiago Barroso.

Aos meus colegas da turma 64, que compartilharam os prazeres e dificuldades desta longa jornada. Fica a certeza de que cada um de nós contribuiu para o crescimento do outro.

A todos os docentes que participaram da minha construção e vivência acadêmica, nesta Universidade.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

EPÍGRAFE

“Determinação, coragem e auto-confiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho”.

Dalai Lama

RESUMO

DOS SANTOS, GS. Reabilitação estético-funcional em paciente portador de Cárie Severa da Primeira Infância: Relato de Caso. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Departamento de Odontologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

A cárie dental é uma doença de etiologia multifatorial bastante comum na infância. Quando as lesões cariosas são observadas em crianças muito jovens, em idade pré-escolar, é denominada cárie da primeira da infância (CPI) e sua forma mais agressiva é denominada cárie severa da primeira infância (CSPI). O presente trabalho teve como objetivo descrever a reabilitação estética e funcional de uma criança de 3 anos e 11 meses de idade, acometida por CSPI. Na etapa inicial de adequação do meio bucal, realizou-se o tratamento endodôntico do incisivo lateral e canino superiores, exodontia dos incisivos centrais superiores, lateral esquerdo superior e dos primeiros molares superiores, restauração das cavidades com o auxílio de cimento de ionômero de vidro (CIV) de alta viscosidade, além de orientações sobre a importância de uma boa higienização para a paralisação da doença cárie, bem como uma alimentação adequada. A reabilitação incluiu a confecção de um aparelho fixo contendo duas bandas ortodônticas para a manutenção do espaço posterior superior perdido e dentes artificiais para devolver a estética da região anterior da maxila. O tratamento oferecido possibilitou reestabelecer a estética do sorriso e a função mastigatória além de preservar os espaços para a correta erupção dos dentes permanentes sucessores e proporcionar satisfação para a criança e sua mãe diante dos resultados obtidos.

ABSTRACT

DOS SANTOS, GS. Aesthetic and functional rehabilitation of a patient with severe childhood caries: Case Report. 2016. Undergraduate Course Final Monograph (Undergraduate Course in Dentistry) – Department of Dentistry, School of Health Sciences, University of Brasília.

The dental caries is a multifactorial disease that is quite common in childhood. When carious lesions are observed in very young children, pre-school age, it is called early childhood caries (ECC) and its more aggressive form is called severe childhood caries (S-ECC). The aim of this paper was to describe the aesthetic and functional rehabilitation of a 3 years old child affected by S-ECC. The treatment plan included endodontic treatment of a maxillary lateral incisor and a maxillary canine, extraction of the central incisors, the left lateral upper incisor and first molars, restoration of the cavities with glass ionomer cement (CIV) of high viscosity, in addition to guidance on the importance of good hygiene to control the disease, as well as a proper diet. The rehabilitation included a fixed device containing two orthodontic bands for the maintenance of the upper and artificial teeth to return the esthetics of the anterior region of the maxilla. The treatment was effective to re-establish the aesthetics of the smile and the masticatory function in addition to preserving the spaces for the correct eruption of permanent teeth and provide satisfaction to the child and his mother.

SUMÁRIO

Artigo Científico	17
Folha de Título.....	19
Resumo	21
Introdução.....	24
Etiologia da CSPI	26
Papel do Aleitamento Materno e Artificial.....	30
Tratamento.....	32
Relato de Caso.....	33
Discussão.....	39
Conclusão.....	41
Referências.....	42
 Anexos.....	 46
Normas da Revista.....	46

ARTIGO CIENTÍFICO

Este trabalho de Conclusão de Curso é baseado no artigo científico:

Dos Santos, GS; Ferrari, JCL; Leal, SC. Reabilitação estético-funcional em paciente portador de Cárie Severa da Primeira Infância: Relato de Caso

Apresentado sob as normas de publicação do **Revista RGO de Odontologia**

FOLHA DE TÍTULO

Reabilitação estético-funcional em paciente portador de Cárie Severa da Primeira Infância: Relato de Caso

*Aesthetic and functional rehabilitation of a patient with severe
childhood caries: Case Report*

DOS SANTOS, GS¹

FERRARI, JCL²

LEAL, SC³

¹ Aluna de Graduação em Odontologia da Universidade de
Brasília - UnB.

² Professora Titular de Odontopediatria da Universidade Paulista
- UNIP.

³ Professora Adjunta de Odontopediatria da Universidade de
Brasília - UnB.

Correspondência: Prof. Dra. Soraya Coelho Leal
Campus Universitário Darcy Ribeiro - UnB - Faculdade de
Ciências da Saúde - Departamento de Odontologia - 70910-900 -
Asa Norte - Brasília - DF
E-mail: sorayaodt@yahoo.com / Telefone: (61) 31071849

RESUMO

Reabilitação estético-funcional em paciente portador de Cárie Severa da Primeira Infância: Relato de Caso

A cárie dental é uma doença de etiologia multifatorial bastante comum na infância. Quando as lesões cariosas são observadas em crianças muito jovens, em idade pré-escolar, é denominada cárie da primeira infância (CPI) e sua forma mais agressiva é denominada cárie severa da primeira infância (CSPI). O presente trabalho teve como objetivo descrever a reabilitação estética e funcional de uma criança de 3 anos e 11 meses de idade, acometida por CSPI. Na etapa inicial de adequação do meio bucal, realizou-se o tratamento endodôntico do incisivo lateral e canino superiores, exodontia dos incisivos centrais superiores, lateral esquerdo superior e dos primeiros molares superiores, restauração das cavidades com o auxílio de cimento de ionômero de vidro (CIV) de alta viscosidade, além de orientações sobre a importância de uma boa higienização para a paralisação da doença cárie, bem como uma alimentação adequada. A reabilitação incluiu a confecção de um aparelho fixo contendo duas bandas ortodônticas para a manutenção do espaço posterior superior perdido e dentes artificiais para devolver a estética da região anterior da maxila. O tratamento oferecido possibilitou reestabelecer a estética do sorriso e a função mastigatória além de preservar os espaços para a correta erupção dos dentes permanentes sucessores e proporcionar satisfação para a criança e sua mãe diante dos resultados obtidos.

Palavras-chave

Cárie dentária; Saúde da criança; Reabilitação.

Relevância Clínica

A reabilitação protética na fase da dentição decídua pode ser uma opção de tratamento efetiva para pacientes acometidos pela cárie severa da primeira infância (CSPI), através do uso de aparelho fixo contendo dentes de resina acrílica em conjunto ao aconselhamento dietético e a orientação de higiene oral.

.

ABSTRACT

Aesthetic and functional rehabilitation of a patient with severe childhood caries: Case Report

The dental caries is a multifactorial disease that is quite common in childhood. When carious lesions are observed in very young children, pre-school age, it is called early childhood caries (ECC) and its more aggressive form is called severe childhood caries (S-ECC). The aim of this paper was to describe the aesthetic and functional rehabilitation of a 3 years old child affected by S-ECC. The treatment plan included endodontic treatment of a maxillary lateral incisor and a maxillary canine, extraction of the central incisors, the left lateral upper incisor and first molars, restoration of the cavities with glass ionomer cement (CIV) of high viscosity, in addition to guidance on the importance of good hygiene to control the disease, as well as a proper diet. The rehabilitation included a fixed device containing two orthodontic bands for the maintenance of the upper and artificial teeth to return the esthetics of the anterior region of the maxilla. The treatment was effective to re-establish the aesthetics of the smile and the masticatory function in addition to preserving the spaces for the correct eruption of permanent teeth and provide satisfaction to the child and his mother.

Keywords

Dental caries, child health, rehabilitation.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma das patologias mais comuns da infância, sendo vista como um grande problema para a saúde pública, ocasionando um impacto negativo na qualidade de vida das crianças acometidas¹.

A cárie da primeira infância (CPI) se estabelece quando um ou mais dentes decíduos apresentam lesões de cárie cavitadas ou não, foram perdidos devido à cárie ou restaurados antes dos 71 meses de idade da criança².

Por outro lado a cárie severa da primeira infância (CSPI) é definida pela presença de qualquer sinal da doença em superfície lisa em crianças menores de 3 anos. Entre 3 e 5 anos, diagnostica-se a CSPI se a criança apresentar 1 ou mais dentes cavitados, ausentes devido à cárie ou existência de restauração em superfície lisa. Caso crianças apresentem quatro, cinco ou seis dentes decíduos anteriores afetadas por cárie nas idades de 3, 4 e 5 anos respectivamente, também serão consideradas portadoras de cárie severa da primeira infância^{1,2}.

A CSPI está fortemente relacionada a uma dieta rica em carboidratos fermentáveis, principalmente se o consumo desses alimentos for realizado durante a noite e estiver associado a ausência de uma higienização bucal efetiva, já que no período de sono há uma diminuição do fluxo salivar e consequentemente uma maior chance de desenvolver a patologia. É importante orientarmos os responsáveis quanto à quantidade e a frequência do consumo de açúcar e quais as consequências se consumido de uma forma irrestrita e por um longo período de tempo. As famílias também devem receber orientações sobre a importância da higienização adequada, bem como devem ser incentivadas a procurar um profissional da área, tanto para prevenção quanto para o tratamento caso o problema já esteja instalado³.

A CSPI apresenta alta prevalência no Brasil devido as barreiras de acesso aos serviços odontológicos para as classes menos favorecidas, bem como a escassez de cuidados odontológicos básicos para a população infantil. Além disso, a falta de informação dos pais ou de seus cuidadores reflete também no alto índice de cárie na infância^{4,5}.

É fundamental que os profissionais da saúde e a população tenham conhecimento sobre os verdadeiros fatores de risco associadas à CSPI, a fim de que haja um declínio da prevalência dessa patologia, que causa dor, problemas na fala e traz consequências negativas na autoestima e na qualidade de vida das crianças¹.

O presente trabalho teve como objetivo apresentar o caso clínico de uma reabilitação estética e funcional em criança acometida pela cárie severa da primeira infância.

ETIOLOGIA DA CSPI

A cárie dentária é uma doença crônica, multifatorial, tem ocorrência comum na infância e representa um grande problema para a saúde pública¹. Para que a doença cárie se instale há a obrigatoriedade da interação de três fatores principais: microrganismos cariogênicos, no caso *Streptococcus Mutans*; sacarose, como substrato fermentável e o hospedeiro vulnerável, sendo importante ainda a ação do tempo⁴.

O primeiro sinal clínico da doença é caracterizado por uma mancha branca, ainda sem cavitação, resultante da desmineralização do esmalte dentário¹. Os *Streptococcus mutans* metabolizam carboidratos fermentáveis, por exemplo a sacarose, e produzem ácidos. Essa acidez ocasionada pela presença de açúcar leva à dissociação do fosfato de cálcio das camadas mais superficiais da estrutura de esmalte, havendo liberação de fosfato e cálcio para o meio bucal. Em algum momento essa perda de mineral pode atingir um grau mais elevado, onde é possível observar a formação de uma cavidade na superfície dentária⁶.

A CSPI é mais agressiva, bastante traumática e reduz a qualidade de vida das crianças e de seus familiares uma vez que ocasiona dor, dificuldades na mastigação, na fala, problemas psicológicos, perda prematura dos dentes, além de aumentar o risco de cárie dentária na dentição permanente^{1,7,8}.

Sua etiologia está fortemente ligada aos hábitos alimentares como o uso irrestrito de mamadeira, amamentação por tempo prolongado, consumo de alimentos industrializados como o suco de frutas, chás adoçados, leite com carboidratos fermentáveis, manter tais líquidos na boca por um período longo, principalmente durante o sono. Além desses fatores, observa-se a influência da realização de uma higiene bucal deficiente, da transmissibilidade de microrganismos cariogênicos e também

das condições comportamentais, socioeconômicas, psicológicas e culturais^{1,7}.

Atualmente, houve uma piora nos hábitos alimentares das crianças em países desenvolvidos e em desenvolvimento¹. A ingestão de lanches, doces e bebidas açucaradas ocorre cada vez mais cedo e com maior frequência, o que contribuiu para o aumento de incidência de CSPI⁹.

Como a cárie é uma doença dieta-dependente, a ingestão de carboidratos, principalmente o açúcar, de maneira indiscriminada e frequente tem uma forte associação com o desenvolvimento da doença, especialmente se esse consumo ocorrer entre as refeições e durante o período noturno, porque o fluxo salivar diminuí e consequentemente o efeito protetor da saliva estará ausente^{1,7}. Pode também ser considerado como fator de risco o uso de medicamentos adoçados durante um longo prazo, principalmente quando utilizados durante o sono.

A transmissibilidade de microrganismos cariogênicos pode ser classificada como vertical e horizontal. A transmissão vertical ocorre pela passagem dos microrganismos da mãe para o filho e isso ocorre quando a mãe apresenta uma alta concentração de *Streptococcus Mutans* na saliva. Diante disso, os filhos são infectados precocemente e consequentemente a prevalência de cárie será maior. Dessa forma, torna-se importante que gestantes façam um acompanhamento odontológico, o que contribui para que o nível de microrganismos esteja bastante diminuído e controlado após o nascimento do bebê, além de ser um momento oportuno para que o profissional dê orientações importantes sobre higiene e dieta com o objetivo de mudança de hábitos da família, o que também favorecerá a prevenção de cárie no bebê. Já a transmissão horizontal ocorre entre membros da família ou grupo, como é o caso de creches e escolas^{1,7}.

O nível de escolaridade dos pais também pode ser considerado um indicador socioeconômico e observa-se que quanto menor o nível socioeconômico maior tende a ser a prevalência de cárie

naquela determinada família, seja por falta de hábitos de higiene oral, falta de conhecimento e informação, a própria cultura daquelas pessoas ou até mesmo falta de acesso aos serviços odontológicos^{4,5}.

Por se tratar de crianças, devemos também levar em consideração o comportamento e os hábitos de seus cuidadores, uma vez que eles tendem a ter os mesmos hábitos com as crianças¹.

Segundo Fadel, a etiologia da CSPI está associada a um comportamento alimentar inapropriado da criança, mas também a uma super tolerância e negligência dos pais, que na grande maioria das vezes não se apoderam do conhecimento das consequências de suas ações¹⁰. Os pais devem ser orientados sobre onde, quando e como limpar a cavidade bucal das crianças.

A CSPI apresenta um padrão de desenvolvimento que é definido e simétrico, iniciando pelo terço cervical da face vestibular dos dentes anteriores superiores. Em seguida, acomete a superfície oclusal dos 1º molares superiores e inferiores, caninos superiores e inferiores e 2º molares superiores e inferiores. Nos estágios mais avançados pode haver acometimento dos incisivos inferiores também, embora estes sejam normalmente os primeiros dentes a erupcionar e os últimos a serem afetados pela cárie, devido ao acentuado fluxo salivar nesta região e também a posição da língua durante o ato de sucção que confere proteção^{1,7}.

É de extrema importância a existência de programas educativos de saúde bucal que englobem todos os profissionais que acompanham às crianças na primeira infância para que ocorra o diagnóstico precoce da CSPI. Informações e conhecimentos sobre a importância da saúde bucal e as consequências da ausência da mesma, uma dieta apropriada e hábitos de higiene bucal efetivos representam a maneira mais eficaz para se

conquistar e manter uma boa saúde bucal¹¹.

PAPEL DO ALEITAMENTO MATERNO E ARTIFICIAL

O leite materno é indispensável nos seis primeiros meses de vida da criança, por se tratar de um alimento que contém fatores de proteção contra as infecções comumente observadas durante a infância, além de suprir a necessidade de água do bebê.

A amamentação natural tem sido citada na literatura como causadora do aparecimento de lesões cariosas durante a primeira infância, entretanto, há muitos estudos que defendem a não cariogenicidade do leite humano.

Como os bebês possuem o fluxo salivar mais lento, os movimentos musculares da mímica facial diminuídos e a atuação da língua na autolimpeza não é tão eficiente como no adulto, os alimentos permanecem na cavidade bucal dos bebês por um período de tempo maior, o que aumenta o risco à cárie dentária¹¹.

A Academia Americana de Odontopediatria (American Academy of Pediatric Dentistry - AAPD) recomenda para a prevenção da CSI que a criança se abstenha da amamentação noturna com livre demanda quando os dentes decíduos já tiverem erupcionado².

O aleitamento materno exclusivo é indicado até os seis meses de idade, e posteriormente serão introduzidos novos alimentos em sua dieta, até que ocorra seu completo desmame, por volta dos 2 anos de idade¹².

As lesões de cárie associadas ao aleitamento materno geralmente ocorre naquelas crianças que fazem consumo de leite indiscriminadamente, ou seja, durante várias vezes ao dia e por um período longo de tempo, logo, não se pode ignorar o poder cariogênico do leite materno quando administrado dessa maneira, porém não existem evidências científicas que associem o aleitamento materno com a CSPI, principalmente quando exclusivo^{11,13}.

Sobre o aleitamento artificial sabe-se que ele tem uma forte associação à CSPI, devido ao conteúdo deste líquido frequentemente ser rico em carboidratos fermentáveis e na maioria das vezes ser utilizado de forma irrestrita, por longo período de tempo e principalmente durante o sono, onde a ausência da higienização se faz presente¹⁴.

TRATAMENTO

O tratamento da CSPI depende da extensão das lesões, da idade e do comportamento da criança, assim como da cooperação e motivação dos pais. Inicia-se com a identificação dos fatores etiológicos, alteração dos hábitos alimentares e otimização da higiene bucal. Como essa patologia é de caráter agressivo e rápido, também há a importância de que os profissionais de saúde atuem de forma precoce. Com a intervenção precoce o tratamento será mais simples, menos invasivo e de menor custo¹.

O tratamento de lesões de cárie na fase inicial se faz importante por ser capaz de preservar a saúde, impedindo que chegue em estágios mais avançados e ocorra infecção e dor, por exemplo. Porém é muito raro que os pais procurem um serviço odontológico nesse estágio inicial, sendo mais comum que eles procurem o serviço quando a criança já apresenta sintomatologia dolorosa, alteração no sono e na alimentação.

Modificando a dieta e melhorando os hábitos de higiene oral é possível paralisar a lesão de cárie, que, ao invés de apresentar uma dentina amolecida, de cor clara e com sintomatologia dolorosa passa a apresentar uma dentina de consistência endurecida, de cor escura e com ausência de sintomatologia dolorosa¹. Dessa forma, em crianças pouco colaboradoras, o tratamento ultraconservador é uma opção de tratamento e está de acordo com a filosofia da odontologia de mínima intervenção¹⁵.

Já em estágios mais avançados, o tratamento é invasivo e inclui a realização de restaurações, exodontias e endodontias, sendo desgastante para a criança, família e equipe de profissionais.

RELATO DE CASO

Apresentação:

Paciente E.F do gênero masculino, de 3 anos e 11 meses compareceu ao Hospital Universitário de Brasília, tendo como queixa principal, relatada por sua mãe, a presença de cárie em demasia.

Durante a anamnese, constatou-se que o paciente possuía uma boa saúde geral, não foi encontrada nenhuma alteração de ordem sistêmica ou alergias, nem uso de nenhum medicamento. A higienização oral da criança era realizada pela própria criança uma vez ao dia, com dentifrício fluoretado, contendo 1.100ppm de flúor, negando a utilização do fio dental. A mãe relata que a criança recebeu aleitamento artificial até os 3 anos de idade, onde o conteúdo desta mamadeira era adoçado, além de um alto consumo de doces.

Ao exame clínico constatou-se a existência de amplas destruições coronárias nos incisivos, caninos e primeiros molares superiores (Figura I), havendo reabsorção extensa e mobilidade na região correspondente ao elemento 51 e 61, além de fístula nos dentes 51 e 53 (Figura II). Ainda na arcada superior, notou-se lesão de cárie atingindo a furca e presença de pulpíte crônica hiperplásica no elemento 54. Observou-se reabsorção extensa e lesão de cárie atingindo a furca do elemento 64. Cavidades envolvendo somente a face oclusal e cálculo supragengival foram encontrados nos dentes 55 e 65.



Figura I. Aspecto clínico inicial da arcada ântero superior

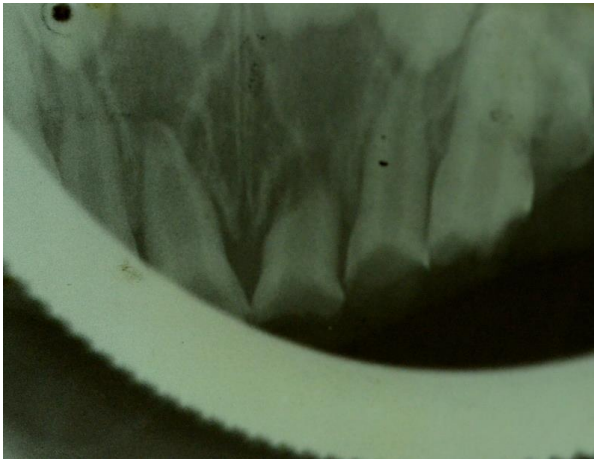


Figura II. Aspecto radiográfico inicial da arcada superior pela técnica oclusal modificada

Na arcada inferior, foram constatadas lesões de cárie restritas ao esmalte dental nos elementos 73 e 83. Nos dentes posteriores, 74 e 84 foi detectada lesão de cárie crônica e nos elementos 75 e 85, presença de cárie na face oclusal.



Figura III. Aspecto clínico das lesões de cáries crônicas dos elementos 74, 84 e restaurações com CIV 73, 83, 75, 85.

Conduta Clínica:

Inicialmente adotou-se uma etapa preventiva, através da evidenciação de placa bacteriana, profilaxia e instrução de higiene oral para a criança e sua genitora.

Também realizou-se a orientação dietética, informando a mãe sobre a necessidade de instauração de hábitos alimentares saudáveis e sua importância e relação com a saúde oral, bem como a saúde geral. Como se tratava de uma criança não colaboradora, inicialmente adotou-se procedimentos de baixa complexidade e mais rápidos para que ajudasse no condicionamento do mesmo.

Havia presença de cálculo supragengival nos elementos 55 e 65 onde foi feito uma raspagem utilizando-se curetas Gracey 7-8.

Optou-se pelo tratamento restaurador atraumático nos dentes 55, 63, 65, 75 e 85 (Figura III/ Figura IV), logo foi feita a remoção seletiva do tecido cariado utilizando-se instrumentais manuais (Kit ART Duflex, SSWhite, Rio de Janeiro, Brasil) e restauração definitiva com cimento de ionômero de vidro (CIV) encapsulado, autopolimerizável e de alta viscosidade Riva Light® (SDI, Bayswater, Victoria, Austrália).

Nas lesões crônicas dos elementos 74 e 84 optou-se pelo tratamento ultraconservador, sem intervenção restauradora, visto que a lesão de cárie estava paralisada e seria acompanhada (Figura III).

Em seguida, realizou-se a pulpectomia dos dentes 53 e 62 devido a presença de fístula, utilizando-se Hidróxido de Cálcio (P.A) associado ao soro como medicação intracanal. Após 15 dias foi feita a obturação com CaOH + Propilenoglicol + OxZn. No elemento 62, devido ao insucesso do tratamento endodôntico e falta de colaboração do paciente, foi feita a exodontia. No elemento 52 optou-se pelo sepultamento radicular, para posteriormente receber uma reabilitação estética.

Já nos elementos 51, 54, 61 e 64 foram indicados exodontias já na fase de planejamento. No dente 51 e 61 devido há uma reabsorção extensa e mobilidade, no 54 havia uma lesão de cárie atingindo a furca, além da presença de pulpite crônica hiperplásica e no 64 devido há uma reabsorção extensa e lesão de cárie atingindo a furca. Somente após a eliminação dos focos infecciosos, consequentemente gerando o controle da doença cárie e a conscientização da responsável em relação a responsabilidade da saúde bucal da criança, prosseguiu-se ao tratamento reabilitador.

Foi realizada a moldagem com alginato (Avagel®, Dentisply, Petrópolis, RJ, Brasil) da arcada superior e inferior, para a confecção de um aparelho fixo contendo duas bandas ortodônticas de tamanho 34,5 upper para manter o espaço posterior perdido dos elementos 54 e 64, para que consequentemente não atrapalhe na sucessão dos permanentes. Foi utilizado o sistema de tubo telescópico para acompanhar o desenvolvimento da criança. Junto ao aparelho foi instalado 4 dentes de resina acrílica correspondente aos elementos 51, 52, 61 e 62 afim de devolver a estética da arcada superior anterior. O aparelho foi cimentado (Figura IV/ Figura V/ Figura VI) com cimento de ionômero de vidro (CIV) fotopolimerizável e de alta viscosidade Riva Light Cure® (SDI, Bayswater, Victoria, Austrália).



Figura IV: Aspecto final da arcada superior



Figura V: Aspecto final dos dentes anteriores



Figura VI: Aspecto clínico final do paciente

DISCUSSÃO

Alguns termos foram sugeridos para descrever a cárie da primeira infância, como cárie de peito, cárie de amamentação, cárie de mamadeira, cárie rampante e cárie precoce da infância¹⁶.

Com frequência encontramos na literatura a nomenclatura cárie precoce da infância, que foi estabelecida pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças. Neste relato de caso, utilizamos o termo Cárie da Primeira Infância e Cárie Severa da Primeira Infância, visto que o termo “cárie precoce da infância”, utilizado com mais frequência, parece necessariamente que a criança desenvolverá a doença em algum momento de sua infância, no entanto, a nomenclatura mais coerente seria a utilizada neste relato¹⁶.

A doença cárie tem etiologia multifatorial e a probabilidade de seu surgimento aumenta quando há um alto consumo de açúcares, uma higienização deficiente ou ausente e também quando o baixo nível sócio-econômico se faz presente, no caso apresentado havia a presença desses três fatores.

O tratamento de crianças com cárie CSI é complexo, difícil e abrange uma grande variedade de opções, que em comum visam eliminar a dor do paciente e devolver estética e função, além de incluir medidas preventivas para evitar a reincidência da mesma^{1,16}.

Levando isto em consideração, optou-se pelo tratamento restaurador atraumático (ART) que se destaca por se tratar de uma técnica minimamente invasiva, que não requer o uso de motor e raramente se faz necessário o uso de anestésico local, portanto, se faz muito pertinente para crianças muito pequenas e que em sua maioria costumam não ser colaboradoras. O CIV de alta viscosidade, responsável por liberação de flúor ao meio bucal foi o material restaurador de escolha para o tratamento das lesões cavitadas observadas no presente caso clínico. Sua boa adesão aos tecidos dentários proporciona um vedamento marginal eficiente, impedindo

penetração bacteriana na estrutura dentária¹⁷.

A perda precoce de dentes ântero-superiores pode levar ao desenvolvimento de uma deglutição e fonação atípicas, além de afetar psicologicamente a criança. Já a ausência dos dentes decíduos posteriores provoca perda de espaço para os dentes permanentes sucessores e também dificuldade no ato da mastigação¹.

Segundo Otenio et al.¹⁸ (2009); Parisotto et al.¹⁹ (2009); Fernandes et al.²⁰ (2011) e Inagaki et al.⁶ (2015), a cárie severa da infância pode acarretar em uma dificuldade para a criança se relacionar com outras pessoas, ocorrendo constrangimento, além da dificuldade de fonação devido a extensa ausência dos elementos dentários.

Neste caso clínico, devido a ausência de dentes ântero-superiores e posteriores, optamos pela confecção de um aparelho com a função de mantenedor de espaço para que o espaço posterior pudesse ser mantido para os dentes permanentes sucessores. Aliado a isso, dentes de resina acrílica foram adicionados à esse aparelho para reposição dos dentes anteriores perdidos.

Notou-se uma evolução positiva, na qualidade de deglutição, fonação e estética da criança, bem como aumento de SUA autoestima e em decorrência disto, uma grande evolução de seus aspectos psicossociais.

O tratamento de crianças de pequena idade representa um desafio ao clínico devido ao comportamento não colaborador observado na maioria desses pacientes, sendo necessário o domínio das técnicas de manejo para que ocorra o sucesso do tratamento.

Para a realização do presente trabalho foi necessário um complexo tratamento odontológico de um paciente não colaborador. Foram adotadas diversas técnicas de condicionamento, dentre elas a dessensibilização, modelagem de comportamento, domínio lingüístico e dizer-mostrar-fazer, que promoveram uma aceitação do tratamento, gerando um comportamento colaborativo e conseqüentemente um tratamento mais efetivo.

Cabe ressaltar a importância da promoção da saúde bucal desde os primeiros anos de vida, orientando os pais/educadores sobre a importância de uma boa alimentação, contendo uma baixo teor de açúcar e também de uma eficiente e correta higienização bucal¹. Juntamente com a reabilitação estético-funcional apresentada neste trabalho, grandes esforços foram feitos para a mudança de hábitos de higiene e dieta do paciente, com a participação ativa da família para manutenção dos resultados positivos obtidos com tratamento realizado.

No presente trabalho optou-se pelo tratamento ultraconservador para os molares inferiores, devido a pouca colaboração do paciente. Esse tratamento incluiu a modificação da dieta e melhora da higiene oral com o objetivo de paralisar a progressão da lesão de cárie, que, ao invés de apresentar uma dentina amolecida, de cor clara e com sintomatologia dolorosa passou a apresentar uma dentina de consistência endurecida e sem sintomatologia dolorosa²¹. Os dentes incluídos no tratamento ultraconservador foram acompanhados por volta de 12 meses e não houve progressão da doença cárie.

O tratamento invasivo também foi necessário e inclui a realização de restaurações, exodontias e endodontias, sendo desgastante para a criança, família e equipe de profissionais, sendo necessária em alguns momentos a contenção física do paciente, que trata-se de uma técnica de manejo que muitas vezes é considerada como aversiva pelos pais, portanto, se faz necessário dar uma orientação sobre as características da técnica, bem como o porque de está sendo utilizada e também há a necessidade de uma autorização por escrito dos pais/responsáveis. O principal objetivo da técnica é a proteção e segurança da criança.

CONCLUSÃO

Baseado no relato do presente caso pode-se concluir que houve eliminação da dor, recuperação da função e da estética da criança acometida pela CSPI. A reabilitação bucal foi de suma importância pois contribuiu de forma direta na melhoria dos aspectos psicossociais e para o desenvolvimento integral da criança, além de trazer satisfação para o paciente e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Losso EM, Tavares MC, da Silva JY, Urban CA. Severe early childhood caries: an integral approach. *J Pediatr (Rio J)*. 2009; 85(4): 295-300.
2. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences and preventive strategies. *Pediatr Dent*. 2010; 32:41-4.
3. Chaffe BW, Cheng, A. Global Research Trends on Early-Life Feeding Practices and Early Childhood Caries: a Systematic Review: National Institutes of Health. *J Oral Dis*. 2014; 1-15.
4. Feitosa S, Colares V, Pinkham J. The Psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. *Cad. Saúde Pública (Rio J)*. 2005; 21(5): 1550-1556.
5. Ribeiro AG, de Oliveira AF, Rosenblatt A. Early Childhood caries: prevalence and risks factors in 4-year-old preschoolers in João Pessoa, Paraíba, Brazil. *Cad. Saúde Pública (Rio J)*. 2005; 21(6): 1695-1700.
6. Inagaki LT, Prado DGA, Iwamoto AS, Pereira Neto JS, Gavião MBD, Puppim-Rontani RM et al. Interdisciplinary Approach Between Dentistry and Speech-Language Pathology in Treatment of Children With Early Childhood Caries. *Rev CEFAC* 2015;17(2):595-603.
7. Macedo LZ, Ammari MM. Decay of Kindergarten: Learn to Prevent. *Rev Rede de Cuid em Saúde (Rio J)*. 2006; p. 1-14.

8. Tiano AVP, Moimaz SAS, Saliba O, Saliba NA. Dental Caries Prevalence In Children up to 36 Months of Age Attending Daycare Centers In Municipalities With Different Water Fluoride Content. J Appl Oral Sci (SP). 2008; 17(1): 39-44.
9. Dall' Agnol SC. Early childhood caries: case report. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
10. Fadel, CB. Carie Dental Precoce: Qual o verdadeiro impacto da dieta em sua etiologia. Publ UEPG Ci. Biol. Saúde (Ponta Grossa). 2003; v.9, n. 3-4, p.83-89..
11. da Mata, EMTS. A relação do Aleitamento Materno com a Cárie Precoce na Infância. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. 2011, p. 9-22.
12. Parizoto GM, Parada CMGL, Venâncio CI, Carvalhaes MABL. Aleitamento Materno e cárie do lactente e do pré-escolar: o mito que sobrevive: Jornal de Pediatria (SP). 2009; v.85, n.5.
13. Lemos LVFM, Correia MF, Spolidório DMP, Myaki SI, Zuanon ACC. Human Milk Cariogenicity: Myth or Scientific Evidence. Pesq Bras Odontoped Clin Integr (João Pessoa). 2012; 12(2): 273-78.
14. da Silva CM, Basso DF, Locks A. Feeding In Infancy: Approach for oral health promotion. Rev Sul-Bras Odontol (Santa Catarina). 2010; 7(4) 458-65.

15. Schwendicke F, Frencken JE, Bjørndal L, Maltz M, Manton DJ, Ricketts D et al. Managing Carious Lesions: Consensus Recommendations on Carious Tissue Removal. *Advances In Dental Research* 2016; vol. 28(2) 58-67.
16. Kaster, FP. 2014. Cárie da Primeira Infância: Fatores etiológicos associados e possibilidades de tratamento. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília/ Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Brasília, DF. Brasil.
17. Vieira IM, Louro RL, Atta MT, Navarro MF, Francisconi PAS. The Glass Ionomer Cement In Dentistry. *Rev.Saúde.Com (Bauru, SP)*. 2006; 2(1): 75-84.
18. Otenio CCM, Machado FC, Oliveira AS, Alves RT, de Mattos CLB, Ribeiro RA. Reabilitação estético-funcional em odontopediatria: relato de um caso clínico. *HU Revista* 2009;35(1):59-64.
19. Parisotto TM, de Souza-E-Silva CM, Steiner-Oliveira C, Nobre-dos-Santos M, Gavião MB. Prosthetic rehabilitation in a four-year-old child with severe early childhood caries: a case report. *J Contemp Dent Pract* 2009;10(2):90-7.
20. Fernandes AP, Lourenço Neto N, Gurgel CV, Silva SMB, Machado MAAM, Rios D et al. Reabilitação bucal em odontopediatria: relato de caso clínico. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* 2011;23(2):187-93.
21. Mijan M, de Amorim RG, Leal SC, Mulder J, Oliveira L, Creugers NHJ et al. The 3.5-year survival rates of primary molars treated according to three treatment protocols: a controlled clinical trial. *Clin Oral Invest*. 2013.

ANEXOS

NORMAS DA REVISTA

Escopo e política

Política editorial da revista

A Revista aceita artigos inéditos em português, espanhol ou inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês, nas seguintes categorias:

- a) Original: contribuições destinadas à divulgação de resultados de natureza empírica, experimental ou conceitual de pesquisas inéditas tendo em vista a relevância do tema, o alcance e o conhecimento gerado para a área da pesquisa;
- b) Especial: artigos a convite sobre temas atuais;
- c) Revisão: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, mediante análise e interpretação de bibliografia pertinente, de modo a conter uma análise crítica e comparativa dos trabalhos na área, que discuta os limites e alcances metodológicos, permitindo indicar perspectivas de continuidade de estudos naquela linha de pesquisa. Serão publicados até dois trabalhos por fascículo;
- d) Comunicação: relato de informações sobre temas relevantes, apoiado em pesquisas recentes, subsidiando o trabalho de profissionais que atuam na área, servindo de apresentação ou atualização sobre o tema;
- e) Ensaio: trabalhos que possam trazer reflexão e discussão de assunto que gere questionamentos e hipóteses para futuras pesquisas;
- f) Caso Clínico: são artigos que representam dados descritivos de

um ou mais casos explorando um método ou problema através de exemplos. Apresenta as características do indivíduo humano ou animal estudado, com indicação de suas características, tais como, gênero, nível socioeconômico, idade entre outras.

Os originais que deixarem de cumprir qualquer uma das normas aqui publicadas relativas à forma de apresentação, serão sumariamente devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação quanto ao mérito do trabalho e à conveniência de sua publicação. A devolução será acompanhada de um ofício contendo o código do item desrespeitado.

Os manuscritos aprovados quanto à forma de apresentação serão encaminhados ao Conselho Editorial, que considerará o mérito científico da contribuição. Aprovados nesta fase, os manuscritos serão encaminhados aos revisores *ad hoc* previamente selecionados pelo Conselho. Cada manuscrito será enviado para dois relatores de reconhecida competência na temática abordada. Em caso de desacordo, o original será enviado para uma terceira avaliação. Os trabalhos que, a critério do Conselho Editorial ou de Assessores *ad hoc*, não forem considerados convenientes para publicação na RGO - Revista Gaúcha de Odontologia serão devolvidos aos autores em caráter definitivo.

Serão aceitos trabalhos acompanhados de declaração assinada por todos os autores de que o trabalho está sendo submetido apenas à RGO - Revista Gaúcha de Odontologia e de concordância com a cessão de direitos autorais. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores deverão providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Autoria: O crédito de autoria deverá ser baseado em

contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica do manuscrito e na aprovação de sua versão final. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um do(s) autor(es).

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

O processo de avaliação por pares é o sistema de blind review, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. O nome dos autores é, propositalmente, omitido para que a análise do trabalho não sofra qualquer influência e, da mesma forma, os autores, embora informados sobre o método em vigor, não fiquem cientes sobre quem são os responsáveis pelo exame de sua obra. No caso da identificação de conflito de interesse por parte dos revisores, o Conselho Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*. Os pareceres dos consultores comportam três possibilidades: a) aceitação integral; b) aceitação com reformulações; c) recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado.

RGO - Revista Gaúcha de Odontologia está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional, que contribuam para o estudo e desenvolvimento científico na

área de Odontologia e suas subáreas.

Forma e preparação de manuscritos

O texto deverá ser digitado em fonte Times New Roman tamanho 12, com espaço 1,5 cm, e limite máximo de 25 laudas. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm). Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação. Para esclarecimentos de eventuais dúvidas quanto à forma, sugere-se consulta a este fascículo.

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. A versão reformulada deverá ser encaminhada por e-mail, indicando o número do protocolo e o número da versão. O(s) autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho. O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, o(s) autor(es) deverá(ao) apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados. Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados. A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará no cancelamento definitivo do processo de avaliação e a devolução definitiva dos originais.

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a seqüência apresentada abaixo:

Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

Título: a) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, evitando excesso das palavras, como "avaliação do...", "considerações a cerca de...", "estudo exploratório"; b) short title (título abreviado baseado no título original) com até 50 caracteres. Nome do(s) autor(es): a) nome de todos os autores por extenso, indicando o Departamento e/ou Instituição a que pertencem (incluindo cidade, estado e país); b) será aceita uma única afiliação por autor. O(s) autor(es) deverá(ão), portanto, escolher dentre suas afiliações aquela que julgar(em) a mais importante; c) todos os dados da afiliação devem ser apresentadas por extenso, sem nenhuma abreviação; d) endereço completo para correspondência de todos os autores, incluindo o nome para contato, telefone e e-mail.

Observação: esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: a) todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, com um mínimo de 150 palavras e máximo 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês; b) para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa,

resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações; c) não deve conter citações e abreviaturas.

Termos de indexação: correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Para a escolha dos descritores, deve-se consultar a lista de "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS", elaborada pela BIREME, (disponível em <http://decs.bvs.br/>) ou a lista de "MeSh - Medical Subject Headings" (disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). Devem ser apresentados um mínimo de 3 e um máximo de 6 descritores.

Introdução: deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. Evitar ao máximo - tanto na Introdução quanto na Discussão - frases em que o sujeito das orações são autores, bem como a citação dos nomes dos mesmos.

Métodos: os métodos devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico. Em relação à análise estatística, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do

estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome(s) genérico(s), dose(s) e via(s) de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula. Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do processo. Ao relatar experimentos com animais, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir

em detalhes dados ou outros materiais já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo. As conclusões devem ser precisas e claramente expostas, cada uma delas fundamentada nos objetos de estudo, relacionando os resultados obtidos com as hipóteses levantadas. Evidenciar o que foi alcançado com o estudo e a possível aplicação dos resultados da pesquisa; podendo sugerir outros estudos que complementem a pesquisa ou para questões surgidas no seu desenvolvimento. Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção. As conclusões devem ser dispostas de forma corrida, isto é, evitar citá-las em tópicos.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. Não devem ser usadas no título e no resumo.

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no estilo Vancouver. Nas referências com

até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o List of Journals Indexed in Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo in press), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Citações bibliográficas no texto: utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Deverão ser colocadas em ordem numérica, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al. A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Tabelas, quadros e figuras devem ser limitados a seis no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os gráficos devem ser enviados sempre acompanhados dos respectivos valores numéricos que lhes deram origem e em formato Excel. O(s) autor(es) se

responsabiliza(m) pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); não serão aceitas figuras inseridas em arquivos originados em editores de texto como o word e nem figuras em power point. Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 DPI. Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou reconhecível nas imagens.

Envio de manuscritos

Os artigos deverão ser enviados através do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER).

